Resekcyja jelit u dzieci.

Napisał

Dr. Schramm we Lwowie.

Kwestyja leczenia przepuklin zgorzelinowych nie jest jeszcze ustalona, a pytanie co lepsze, czy wycięcie schorzałéj pętli kiszki i natychmiastowe zespojenie końców, czy też zakładanie przetoki kiszkowéj, czeka jeszcze zawsze na ostateczne rozstrzygnięcie. Nastąpić może ono jedynie na podstawie rozległéj kazuistyki, dla tego sądzę, że podanie każdego odnośnego przypadku jest pożądane.

Tak stoi rzecz w obec przepuklin u dorosłych, do postępowania w podobnych przypadkach u dzieci mamy jeszcze mniéj danych, przeważnie dla tego, że uwięzgnięcie przepuklin w wieku dziecięcym następuje względnie i rzadko, że przepukliny takie dają się najczęściéj odprowadzić bez operacyi krwawéj. Jeżeli więc już zwykła herniotomija u dzieci zdarza się bardzo rzadko (na przeszło 700 dzieci operowanych przezemnie w szpitalu św. Zofii zdarzył mi się tylko jeden poniżéj opisany przypadek), to tem rzadziéj można się spotkać z przypadkiem tak daleko posuniętym, aby kiszka uległa już zgorzeli. W dostępnéj mi literaturze z lat ostatnich przynajmniéj nie spotkałem się z opisem podobnych przypadków.

Przypadek mój był następujący:

W dniu 2 go lutego przywieziono do szpitala św. Zofii chłopca 12-letniego, który według podania zasłabł przed pię-

ciu dniami śród objawów niedrożności jelit. Stan jego w dniu przyjęcia był następujący. Stan odżywienia lichy, tętno 96 słabe, brzuch miernie wzdęty i tylko nad pachwiną przy dotyku bolesny. Moszna lewe obrzmiałe, sinawo-czerwone, bolesne, wypuk nad niemi stłumiony. Stolce i wiatry nie odchodzą. Rozpoznanie więc nie ulegało kwestyi, a wobec długiego trwania uwięzgnięcia i zesinienia worka mosznowego przystąpiłem odrazu do operacyi krwawéj. Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęła ciecz mętna, kałem cuchnąca, pętla kiszek na 15 cm. długa, wiśniowo zabarwiona, jednak połyskująca. Po rozszerzeniu bramy przepuklinowéj jednak okazało się, że w miejscu zaciśnięcia kiszka była już zupełnie zgorzelinowa i bliska pęknięcia. Wobec tego wyciągnąłem dolną część kiszki z jamy brzusznéj, wyciąłem kawał pętli długi na 15 cm., w miejscach zupełnie zdrowych założyłem potrójny szew kiszkowy, zeszytą kiszkę odprowadziłem do jamy brzusznéj. Kanał pachwinowy zamknąłem sposobem Czernego. Hernia była wrodzona, ranę skórną zupełnie zeszyłem. Przebieg dalszy bez zaburzeń. Stolec na drugi dzień, a w 10 dni po operacyi opuścił pacyjent szpital jako zupełnie zdrowy.

Drugi przypadek wycięcia kiszki u dziecka był jeszcze więcéj ciekawy i z wielu względów ważny. W dniu 18 czerwca b. r, przywieziono do szpitala chłopca 9-letniego, który według podania rodziców przed 6 dniami nagle dostał znacznych bólów w brzuchu i wymiotów, a stan od tego czasu stale się pogarszał. Badanie wykazało stan następujący: Chłopiec bardzo nędznie odżywiony, tętno 125, liche, oddechów 36, wymiotów od 23 godzin nie ma, brzuch do najwyższego stopnia wzdęty tak, że skóra na nim jak na bębnie napięta. Postać brzucha jajowata, wzdęcie zajmuje przeważnie środkową część brzucha. Boki odpowiednio do położenia kiszki grubéj wstępującéj i zstępującéj nie napięte, tak, że już z tego bardzo wybitnego objawu można było wnosić o zamknięciu jelita w kiszce ślepéj lub cienkiéj. Największa bolesność i lekkie stłumienie wypuku w okolicy kiszki ślepéj. Rozpoznanie wahało się między wgłobieniem a skręceniem kiszki. Za pierwszem przemawiało wprawdzie jedynie wiek chorego, gdyż jak wiadomo i wgłobienie jest najczęstszą przyczyną niedrożności jelit u dzieci, podczas gdy inne formy, jak skręcenia, postronki i przepukliny wewnętrzne zdarzają się w wieku dziecięcym bardzo rzadko.

Wobec ogromnéj bębnicy i silnego zapadu chorego postanowiłem na razie zrobić enterostomiję i w tym celu po-

prowadziłem cięcie ponad więzem Pouparta prawym. Po otwarciu otrzewny wylało się dość dużo cieczy surowiczo krwawéj, wskazującéj więc istnienie ostrego i silnego uciśnięcia jelita. To skłoniło mnie do szukania przeszkody. Rozszerzyłem więc ranę brzuszną i wsunąłem palce w kierunku ku kiszce ślepéj, jako domniemanemu siedlisku przeszkody. Rzeczywiście natrafiłem palcem na pierścień otaczający kiszkę cienką i dający przy macaniu uczucie, jak gdyby kiszka była silnie okręcona koło drugiéj kiszki, lub gdy palcem wchodzi się w miejsce wgłobienia między część wgłobiającą a wgłobioną. Przy ostrożnem staraniu wydobycia zaciśniętéj kiszki na zewnątrz pierścień pękł, a zatem mieliśmy do czynienia nie z wgłobieniem, lecz z odsznurowaniem kiszek. Wobec tego konieczne było odszukanie miejsca zasznurowania, aby się przekonać o stanie kiszki w miejscu uciśnięcia. W tym celu wydobyłem przez jamę zapadniętą pętlę kiszki cienkiéj i idąc wzdłuż niéj doszedłem wnet do kiszki ślepéj i odszukałem zupełnie zdrowy wyrostek robaczkowy. Teraz cofnąłem się więc wstecz i w odległości koło 30 ctm. od kiszki ślepéj natrafiłem na miejsce zasznurowania już tak mocno zgorzelinowe, że w chwili wyciągania téj pętli kiszka pękła i kał wylał się na szczęście już na zewnątrz rany brzusznéj. Tuż za zgorzelinowem miejscem osadzony był w już rozdętéj pętli kiszki również rozdęty zaułek Meckela długi na 4 ctm., a od jego szczytu odchodził postronek długi na 4—5 centim. Przez istniejący zgorzelinowy otwór wypuściłem ile się dało treści jelitowéj, następnie całe pole operacyjne zmyłem rozczynem sublimatu 1‰, uciśnięto palcami dowodzącą i odwodzącą część kiszki i całą sino zabarwioną część pętli, długą na 8 cm. wraz z siedzącym na niéj zaułkiem Meckela wyciąłem. Końce jelita zespoiłem używanym zawsze przezemnie szwem trzypiętrowym, zespojoną pętlę odprowadziłem do jamy brzusznéj, którą całkiem zamknąłem. W wyciętym kawałku jelita, który szanownym Panom przedstawiam, znaleziono dużą w kłębek zwiniętą glistę *ascaris*. Chory po operacyi trwającéj 5 kwadransy ma się względnie dobrze. Stolec się jednak nie pojawił, a na drugi dzień bębnica jeszcze większa niż była przed operacyją. Widocznie więc istniało zupełne porażenie jelit, tak, że mimo usunięcia przeszkody treść jelit nie mogła się posuwać naprzód, do czego przyczynić się może mogło lekkie zgięcie lub zwężenie w miejscu zeszycia kiszki. Koniecznem więc było dla utrzymania życia chorego usunąć jaką bądź drogą treść jelit, zatem otwarłem częściowo ranę brzuszną, wydobyłem nastawiającą się

rozdętą pętlę jelita, a po przymocowaniu jéj kilkoma szwami do rany brzusznéj, otwarłem kiszkę i wsunąłem do niéj gruby długi dren, przez który odchodzić zaczęły gazy i płynny kał. Do wieczora odeszło do 2 litrów na pół płynnéj treści jelitowéj, brzuch spadł i stan chorego znacznie się poprawił. Odtąd przebieg dalszy choroby zupełnie prawidłowy. Stolec drogą naturalną pojawił się na 3 dzień po operacyi, a przed 8 dniami t. j. w 20 dniu po operacyi opuścił chory szpital na usilne naleganie ojca z małą zaciągającą się przetoką kiszkową.

Przypadek ten z kilku względów jest ciekawy. Jeżeli już bowiem samo znachodzenie się zaułka Meckela jest dosyć rzadkie, a rzadsza jeszcze wywołana przez niego niedrożność kiszki, to sposób, w jaki w moim przypadku zamknięcie jelita przyszło do skutku, należy do rzeczy bardzo wyjątkowych. Najczęściéj bowiem wierzchołek zaułka lub kończące go więzadło przyrasta do ściany jamy brzusznéj, do kręgosłupa lub wreszcie do innéj pętli jelita i pod postronek w ten sposób utworzony dostaje się inna mniéj lub więcéj długa pętla jelita. W przypadku zaś moim zaułek wraz z kończącem go więzadłem otoczył kiszkę tuż przy swéj podstawie zaciskając jelito, jakby zawiązane zostało naokoło nitką. Być bardzo może, że i glista *ascaris*, zwinąwszy się w kłębek tuż za miejscem zaciśnięcia, przyczyniła się do choćby chwilowego zamknięcia światła jelita, do następowego obrzmienia kiszki nad miejscem zaciśnięcia, co znów wywołać musiało tem silniejszy ucisk na ścianę kiszki tak, iż w końcu w miejscu najsilniejszego i najostrzejszego ucisku przez cienkie więzadło przyszło do zgorzeli kiszki.

Powtóre przypadek ten wykazuje wyższość laparotomii nad enterotomiją przy niedrożności jelit. Gdybym się był bowiem ograniczył do saméj enterotomii, natenczas musiałoby przyjść w bardzo krótkim czasie do pęknięcia kiszki, kał byłby się wylał do jamy brzusznéj i chory byłby stracony.

Ważny jest także ten objaw, że mimo usunięcia przeszkody przez 25 godzin nie odeszły ani wiatry ani kał, dając nam obraz najczystszy tak zwanego *ileus paralyticus*; kiszki rozdęte przed operacyją do najwyższego stopnia straciły swą kurczliwość i nie były w stanie posunąć swéj treści naprzód, tylko trochę treści z najbliższéj pętli przeszło przez miejsce zwężone, jak to mogłem widzieć przed odprowadzeniem zeszytéj kiszki, reszta pętli pozostała rozdęta. Dopiero następne otwarcie jelita i wprowadzenie długiéj grubéj rurki usunęło mechanicznie znaczną część treści, zniosło więc nad-

mierne rozdęcie kiszek i powróciło działalność ich mięśni. Dawałoby to wskazówkę, aby w przypadkach niedrożności jelit połączonéj z nadmiernem rozdęciem kiszki, nawet gdyby się nie udało po otwarciu jamy brzusznéj wyszukać przeszkodę, wykonać enterotomiję i w celu uwolnienia kiszek od ich treści i zapobiegnięcia zupełnemu ich porażeniu. Wreszcie przypadek ten wraz z poprzednio opisanym dowodzi, że dzieci znoszą dobrze resekcyję kiszek, że więc w analogicznych przypadkach zabieg ten będzie więcéj wskazany, niż założenie sztucznéj odbytnicy, która w razie niemożności oznaczenia wysokości miejsca, gdzie się kiszkę otwiera, naraża chorego na niebezpieczeństwo inanicyi, a przez długie tygodnie na nieprzyjemne i nieobojętne zanieczyszczanie się kałem.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" 1890. Nr. 37.

Kraków, 1890. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.